

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Zentrum für Altersmedizin

Abteilung für Geriatrie, Geriatrische
Tagesklinik

Chefarzt Dr. med. Jürgen E. Kraut

Klosterstraße 31, 59555 Lippstadt

Tel.: (02941) 758-1350

Fax: (02941) 758-1398

Anmeldende Klinik/ Praxis: _____

Datum: _____

Name/ Funktion: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Zwingend benötigte Unterlagen, bitte bei **Anmeldung mit
faxen: (ohne Barthel-Index kann die Anmeldung nicht erfolgen)**

☐ Barthel- Index (siehe Folgeseite)

Bitte bei **Verlegungen mitgeben:**

☐ Briefe und Röntgen-/CT-/MRT-CD

Patientendaten

Pat. –Etikett oder

Name:

Geb.-Datum:

Wohnort:

Verlegung frühestens am: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat

Wahlleistung: ☐ CA ☐ 1-Bett-Zi. ☐ 2-Bett-Zi.

Angehörigendaten (Name, Tel.): _____

Hauptdiagnosen:

Weitere Behandlungspflichtige Erkrankungen und Anmerkungen:

☐ Herzinsuffizienz ☐ Osteoporose ☐ M. Parkinson ☐ Gangunsicherheit ☐ Hemiparese

☐ Schluckstörung ☐ Infektionskrankheit (MRSA, COVID etc.): sonstiges: _____

☐ Nach OP: ☐ Vollbelastung ☐ TeilbelastungKg

☐ Pat. ist zur Situation orientiert und kann Anweisungen umsetzen

☐ Pat. ist für tägl. 2x30 Min. Therapie ausreichend belastbar

☐ Pat. hat ausreichendes Verbesserungspotential und ist motiviert

☐ **Stationär:** Pat. ist über 14 tätige Dauer einer Komplexbehandlung informiert und einverstanden

☐ **Teilstationär/Tagesklinik:** Pat. ist über 3-wöchige Dauer informiert und einverstanden

• Pflegegrad: ☐ nein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

• Soziale Versorgung nach Aufenthalt ist gesichert: ☐ nein ☐ ja, Wenn ja, wie? _____

Ab hier nicht vom Anmelder auszufüllen!

Anmerkungen: (GFK-Ziele, Geriatrische Diagnosen, Soziales)

Prüfen beim Stationären Aufenthalt:

☐ _____
☐ _____
☐ _____

Aufnahme Datum: _____

Aufnehmende Station: _____

☐ **GFK +**

☐ **GFK -**

Patientenaufkleber

1. Essen	Pkt.
- unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10
- braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch oder Brot schneiden	5
- nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
2. Waschen	
- unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen	5
- nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	0
3. Baden	
- unabhängig bei Voll- bzw. Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5
- nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	0
4. An- und Auskleiden	
- unabhängig bei An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett und Bruchband)	10
- benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbst durchführen	5
- nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
5. Urinkontrolle	
- ständig kontinent, ggf. unabhängig im Umgang mit DK/Cystofix	10
- gelegentlich inkontinent (max. 1x täglich), Hilfe bei externer Harnableitung	5
- häufiger / ständig inkontinent	0
6. Stuhlkontrolle	
- ständig kontinent	10
- gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Woche)	5
- häufiger / ständig inkontinent	0

7. Toilettenbenutzung	Pkt.
- unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10
- benötigt Hilfe, z.B. wegen Gleichgewichtsstörung bzw. Kleidung /Reinigung	5
- nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
8. Bett- und Roll-/Stuhltransfer	
- unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15
- geringe Hilfe oder Beaufsichtigung notwendig	10
- erhebliche Hilfen beim Transfer, Lagewechsel/Liegen etc. erforderlich	5
- nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
9. Gehen und Flurebene	
- unabhängig beim Gehen (mehr als 50m), Hilfsmittel sind, außer Gehwagen, erlaubt	15
- geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m gehen	10
- Rollstuhlfahren – nicht selbständig beim Gehen, kann aber selbständig den Rollstuhl bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch herantfahren und kann mit dem Rollstuhl 50m fahren	5
- nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0
10. Treppensteigen	
- unabhängig beim Bewältigen der Treppe zuhause	10
- benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
- nicht selbständig, kann auch mit Hilfe keine Treppe steigen	0

Barthel Index – Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Untersuchungsdatum: _____

Untersucher: _____

Besonderheiten: _____

Auswertung: _____

Gesamtpunktzahl: _____

Ergebnis	Pkt.
Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung	100
Leichte motorische Funktionseinschränkung	80 - 95
Mittlere motorische Funktionseinschränkung	60 - 75
Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung	40 - 55
Schwere motorische Funktionseinschränkung	20 - 35
Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung	0 - 15

☐ Patient möchte keine Hilfsmittel

Hilfsmittel	vorhanden	benötigt
Badebrett		
Badewannenlifter		
Badewannendrehstuhl		
Duschhocker		
Duschstuhl		
Duschklapsitz		
Einhänderfrühstücksbrett		
adaptiertes Besteck		
Trinkbecher mit Deckel		
Gehstock		
4-Punkt-Gehstock		
UAGST		
Rollator		
Gehwagen		
Arthritisrollator		
Rollstuhl		
Greifzange		
elastische Schnürsenkel		
langer Schuhlöffel		
Knöpfhilfe		
Strumpfanziehhilfe		
Strumpfanziehhilfe Kompressionsstrümpfe		
Arthrodosenkissen		
Rampe		
Haltegriffe Dusche/Toilette		
Toilettensitzerhöhung		
Toilette erhöht montiert		
Treppenlifter		
Toilettenstuhl		